

喪失日	保険証	高齢証	還付
令和 年 月 日	枚	枚	有 無

専務理事	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

下の太枠線内を記入してください

被保険者証の 記号と番号	1
-----------------	----------

任意継続被保険者資格喪失申出書(兼処理票)

下記の①～③の喪失事由により、任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。
(①～③以外の理由では、この申出書を提出することはできません。)

被保険者の 氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生
-------------	--	----	-------------	------	----------	---	---	----

被保険者の住所	(郵便番号)	—	電話	—	—
---------	--------	---	----	---	---

▷該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。

資格喪失 の事由	<input type="checkbox"/> ①健康保険（または船員保険）の被保険者資格を取得したため
	再取得後の健康保険の被保険者証の記号番号 (記号 番号)
	適用事業所の名称
	資格取得年月日 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため
	後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 () 都道府県後期高齢者 () 後期高齢者医療広域連合 医療広域連合の名称 資格取得年月日 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> ③任意継続被保険者でなくなることを希望するため	

【添付書類と留意事項】

喪失事由	添付書類	留意事項
①又は ②の方	●任意継続被保険者の被保険者証（被扶養者分を含む） ※高齢受給者証や限度額認定証などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。 ●新たに取得した被保険者証のコピー	○資格喪失年月日は、新たに取得した被保険者証の資格取得年月日となります。 ○保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。
③の方	●任意継続被保険者の被保険者証（被扶養者分を含む） ※高齢受給者証や限度額認定証などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。 【注：被保険者証等の添付について】 月末まで被保険者証等を使用する予定がある場合は、翌月1日に当健保へ送付ください。 ※資格喪失通知書は、喪失日以降に保険証が返却され次第、発送いたします。	○資格喪失年月日は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ○保険料は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月分までかかります。 ○申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。

※資格取得月に資格喪失となった場合は、資格喪失月の保険料はかかります。

送付先・問合せ先

東京貨物運送健康保険組合 資格課
〒160-0004 東京都新宿区四谷1-2-3
Tel 03 (3359) 8164

受 付 日 付 印